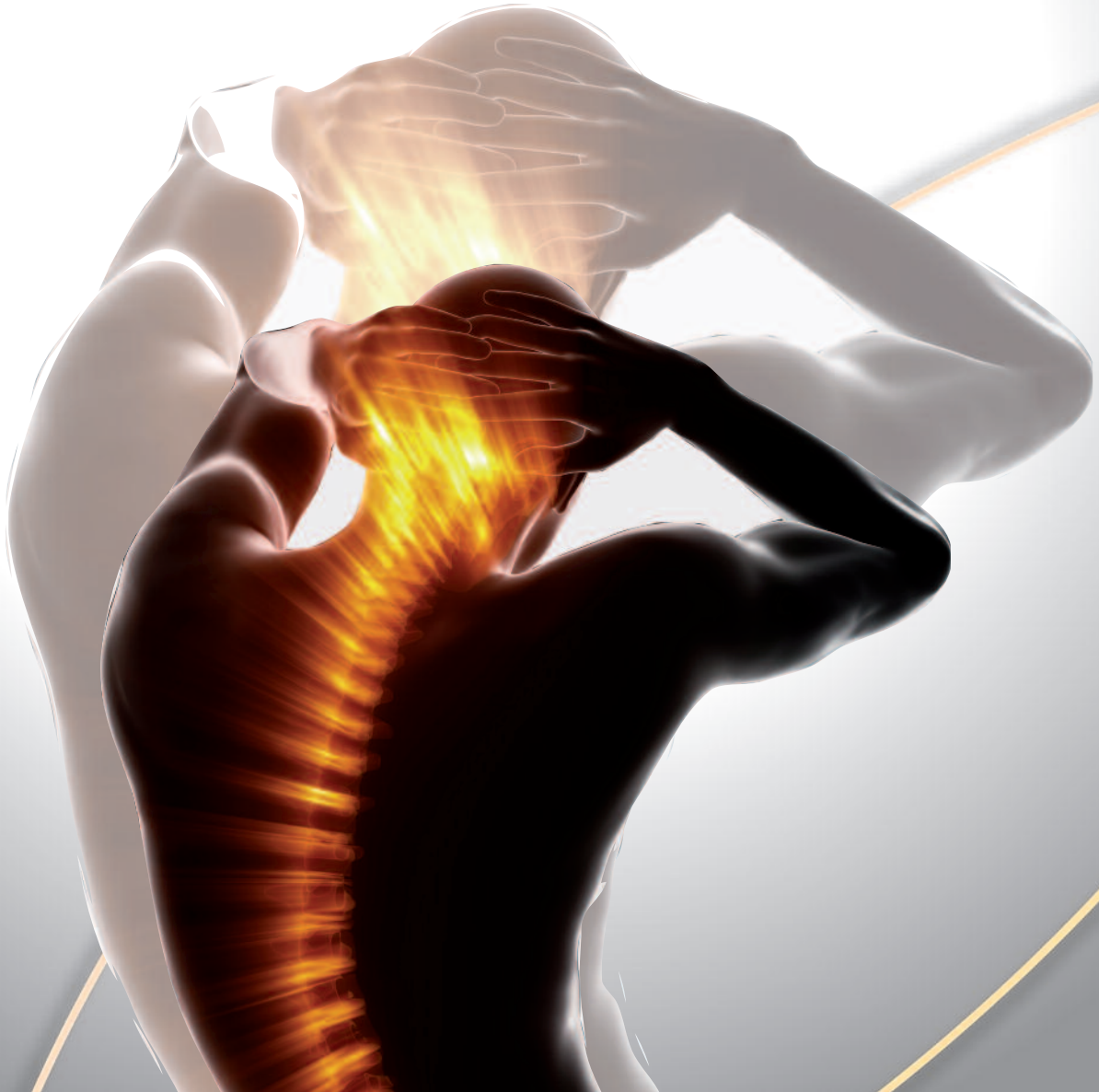
Association nationale
Spina
Bifida
Handicaps
associés
Notre cause est la vôtre

LES DOULEURS NEUROPATHIQUES



Mars 2013

La douleur neuropathique est une douleur dont la cause est liée à une lésion ou une dysfonction du système nerveux (du cerveau jusqu'aux terminaisons nerveuses). Les nerfs transmettent au cerveau des messages issus du corps via la moelle épinière, comme par exemple une piqûre d'insecte n'importe où sur la peau. Leur prévalence en population générale est estimée à 5% pour les douleurs modérées à sévères (Bouhassira et al. 2008).

Les nerfs ou la moelle peuvent subir des lésions ou être atteints d'une maladie. Si un nerf fonctionne mal ou plus du tout, il peut transmettre au cerveau des messages erronés se traduisant par un signal de douleur appelé douleur neuropathique.

La douleur neuropathique a pour origine le système nerveux à la différence de la douleur nociceptive qui concerne les muscles, les os, la peau, les viscères. Une douleur peut être à la fois neuropathique et nociceptive (= douleur mixte).

COMMENT EVALUER UNE DOULEUR ?

Il est difficile d'évaluer une douleur, car celle-ci a une part subjective. La douleur fait partie du système de défense de l'organisme. Elle permet donc d'attirer notre attention sur quelque chose d'anormal : notre corps sonne l'alarme. Deux personnes ne ressentent pas la même douleur de la même façon. Des tiers utilisent souvent à tort le vocable «c'est une personne douillette».

Trois méthodes ont été mises au point par les professionnels :

1) Echelle Visuelle Analogique (EVA) ou numerique

Le patient déplace la réglette sur le chiffre qui lui semble correspondre à sa douleur sur une échelle de 0 à 10.

2) un questionnaire médical qui permet au patient de décrire sa douleur avec des mots.

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
Mesure de la douleur par l'échelle visuelle analogique adaptée à l'enfant de +4 à 10 ans
INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR

3) une échelle qui utilise des visages pour les enfants où les patients qui ne peuvent s'exprimer, avec des expressions plus ou moins souriantes.

L'observation du comportement est aussi significative.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEURS

Toutes les douleurs ne sont pas les mêmes et n'obéissent pas aux mêmes mécanismes. La douleur aigue est brutale et soudaine par exemple au moment d'un impact. Elle apparaît rapidement et peut disparaître très vite.

La douleur par excès de nociception est liée à une stimulation excessive des récepteurs périphériques «les nocicepteurs». Ce type de douleur est celui qui est la plus courante. Nous en avons tous un. Par exemple, une entorse ou une inflammation (angine, arthrose). C'est une douleur en général localisée aigüe ou un fond douloureux avec des accès plus douleureux.

La douleur neuropathique (ou neurogène) est différente car elle est due à une lésion des voies neurologiques qui transmettent la douleur à la suite des nocicepteurs.

Elles sont souvent décrites comme des brûlures, des décharges électriques ou des élancements.

La douleur psychogène doit être prise en compte, car elle coexiste souvent et il est parfois difficile de reconnaître l'impact des différents mécanismes les uns des autres.

LA DOULEUR LIÉE À UNE INFLAMMATION

Des réactions chimiques dans le corps peuvent augmenter la sensibilité des fibres nerveuses au niveau d'une inflammation. Par exemple, avec une entorse, la douleur première est aigüe au moment de l'incident. Puis un gonflement survient et la douleur devient sourde et présente. On l'appelle douleur inflammatoire. Ce mécanisme empêche le patient de faire des mouvements gênant sa guérison.

Lorsque la douleur persiste plus de 6 mois, on parle de douleur chronique.

La douleur neuropathique peut être périphérique ou centrale et est causée par une blessure ou une maladie qui endommage les nerfs en dehors du cerveau et de la moelle épinière. C'est le cas du diabète et du pied diabétique.
La douleur neuropathique centrale est causée également par une blessure ou une affection du système nerveux central incluant le cerveau et la moelle épinière. Par exemple, un accident vasculaire cérébral ou une myéloméningocèle.
Ainsi, 41% des personnes atteintes d'une lésion de la moelle épinière ont des douleurs neuropathiques centrales et/ou périphériques.

Allodynie	Douleur provoquée par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur, en effleurant la peau ou par un contact avec de l'eau froide
Analgésie	Absence de douleur en réponse à une stimulation normalement douloureuse
Anesthésie douloureuse	Douleur dans une aire ou une région anesthésiée
Douleur neuropathique	Douleur initiée ou causée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux
Douleur centrale	Douleur initiée ou causée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux central
Dysesthésie	Sensation anormale et désagréable, qui peut être spontanée ou provoquée
Hyperalgésie	Réponse exagérée à une stimulation qui normalement est douloureuse
Hyperesthésie	Sensibilité exagérée à une stimulation, à l'exception des systèmes sensoriels spécifiques
Hyperpathie	Réponse retardée, souvent explosive, à un stimulus plus souvent répétitif et dont le seuil est augmenté
Hypoalgésie	Diminution de la douleur évoquée par un stimulus normalement douloureux
Hypoesthésie	Diminution de la sensibilité à une stimulation, exception faite des systèmes sensoriels spécifiques
Paresthésie	Sensation anormal, qui peut être spontané ou provoquée

Définitions de l'ASSOS internationale pour l'étude de la douleur (d'après Merskey et Bogduk, 1994)

Quelques fréquences de douleurs neuropathiques

Maladie	Pourcentage de la population		Maladie	Pourcentage de la population
Diabète	20-24%		Lésion de la moelle épinière	41%
Sclérose en plaque	55%		Lombalgie	7%
Accident vasculaire cérébral	8%		Cancer	33%

EVALUATION SPÉCIFIQUE DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Il existe des questionnaires qui permettent une évaluation spécifique de la douleur neuropathique par rapport à une évaluation globale. Ils permettent notamment une évaluation séparée des divers symptômes de la douleur neuropathique comme la brûlure, les décharges électriques, l'allodynie au frottement. A ce jour, seul le Neuropathic Pain Symptom Inventory (NPSI) a fait l'objet d'une validation extensive dans les douleurs neuropathiques. Les différents éléments de l'évaluation clinique d'une douleur neuropathique sont les suivants :

- **Examen topographique** : localisation et étendue de la douleur, élaboration de cartographie avec calques ou photos.
- **Evaluation d'un déficit** : la force musculaire sera évaluée à l'aide d'un testing musculaire, le déficit sensitif sera évalué en fonction des différentes voies de la sensibilité (**tableau 3 voir page 6**).
- **Evaluation des douleurs provoquées** : on recherchera une allodynie et une hyperalgésie (**tableau 4**).
- **Evaluation quantifiée** : des explorations plus complètes et précises peuvent être utilisées pour explorer cliniquement une douleur neuropathique (**tableau 5**).

TABLEAU 3

Identification du déficit sensitif à l'examen clinique (Cruccu G., Sommer C., Anand P., Attal N., Baron R., Garcia-Larrea L., Haanpaa M., Jensen TS., Serra J., Treede RD.). EFNS guidelines on neuropathic pain assessment : revised 2009. European Journal of Neurology 2012, 17 : 1010-1018.

Signes déficitaires	Examen clinique	Type de fibre nerveuse
Toucher	Toucher avec un coton	A béta
Vibration	Diapason (128 Hz)	A béta
Piqûre	Aiguille, bout de trombone	A delta
Froid	Objet froid (20°)	A delta
Chaud	Objet chaud (40°)	C

TABLEAU 4

Identification de la douleur neuropathique

Douleur évoquée	Examen clinique
Allodynie au frottement	Frottement avec une brosse, un pinceau
Allodynie à la pression	Pression large au doigt
Allodynie au chaud au froid	Objet froid 20° Objet chaud 40°
Hyperalgésie au chaud au froid	Tube à essai eau chaude 45° glace
Sommation temporelle	Stimulation répétée (1 à 3/s), avec un pinceau

Tableau 5

Identification des déficits sensitifs au moyen de l'évaluation quantitative des troubles sensitifs

Sensation	Instrument utilisé pour l'évaluation quantifiée
Tact/piqûre	Filaments de Von Frey
Vibration	Vibramètre
Chaud	Thermotest
Froid	Thermotest

D'après Pascal CINTAS et Nathalie CANTAGREL.

COMMENT RECONNAÎT-ON UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE ?

Bien souvent ce n'est pas une douleur mais une sensation de brûlure, de picotements ou des décharges électriques souvent inattendues. Elle peut être par exemple provoquée par le contact d'un vêtement sur la peau.

La douleur neuropathique s'accompagne souvent :

- d'une sensation de brûlure
- d'engourdissements
- d'élancements
- de picotements
- d'une sensation de décharge électrique
- hypersensibilité
- de fourmillements
- d'une sensation d'écrasement
- de douleur profonde et lancinante
- d'enflure lors d'un changement de température
- d'une coloration anormale de la peau

Brûlure

Décharge électrique

Démangeaisons

Engourdissements

Fourmillement

Sensation de froid douloureux

Picotements

La douleur est un système d'alarme de notre corps. La douleur d'origine périphérique est souvent une douleur profonde aux mains et aux pieds associée à d'autres symptômes comme sensation de brûlure, coup de poignard, picotements.
La douleur d'origine centrale associe des nombreux symptômes variables d'un patient à un autre.
Il arrive que la douleur neuropathique centrale s'accompagne de réduction de la sensibilité au toucher. Il arrive également qu'une vessie pleine augmente la douleur.

OUTILS D'AIDE AU DIAGNOSTIC

Plusieurs outils de dépistage basés sur des descripteurs de la douleur ont été développés et validés.
Tous ces questionnaires reposent sur des prescripteurs verbaux et pour certains de ces outils d'un examen clinique sommaire.
L'outil diagnostic DN4 (douleur neuropathique en 4 questions) a été validé en France.

Mode d'emploi :
Lorsque le médecin suspecte une douleur neuropathique, le DN4 est utile comme outil de diagnostic.
(A utiliser lorsqu'une douleur neuropathique est suspectée avec des signes d'appel comme :
- sensation de fourmillements,
- douleur à l'effleurement (allodynie),
- sensation de décharges électriques et/ou sensation de brûlure.
(si le score du patient est égal ou supérieur à 4/10, le test est positif. Sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%).

Questionnaire DN4

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1 - **Brûlure**	❒	❒
2 - **Sensation de froid douloureux**	❒	❒
3 - **Décharges électriques**	❒	❒

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4 - **Fourmillements**	❒	❒
5 - **Picotements**	❒	❒
6 - **Engourdissement**	❒	❒
7 - **Démangeaisons**	❒	❒

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8 - **Hypoesthésie au tact**	❒	❒
9 - **Hypoesthésie à la piqûre**	❒	❒

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10 - **Le frottement**	❒	❒

Score du Patient : /10

Si > 4/10 douleur neuropathique probable à 89,9%

D'après le Dr BOUHASSIRA et al PAIN, 2005.

APERÇU SUR LES MÉCANISMES DE LA DOULEUR ET LEUR COMPLEXITÉ

Si, au lieu de taper avec un marteau sur un clou que vous tenez entre vos doigts, vous tapez sur vos doigts, la lésion des tissus périphériques va provoquer un influx douloureux transmis par le système nerveux non lésé.

La douleur est normale et utile puisqu'elle sert de signal d'alarme à une agression due à votre maladresse (douleur aigue).

Il en est de même si votre lésion est provoquée accidentellement par une brûlure ou tout autre agent extérieur. La douleur rapide est véhiculée jusqu'au cerveau et précise la topographie (où dans le corps) et sa qualité. La personne informée peut prendre les décisions qui s'imposent selon l'origine et le lieu.

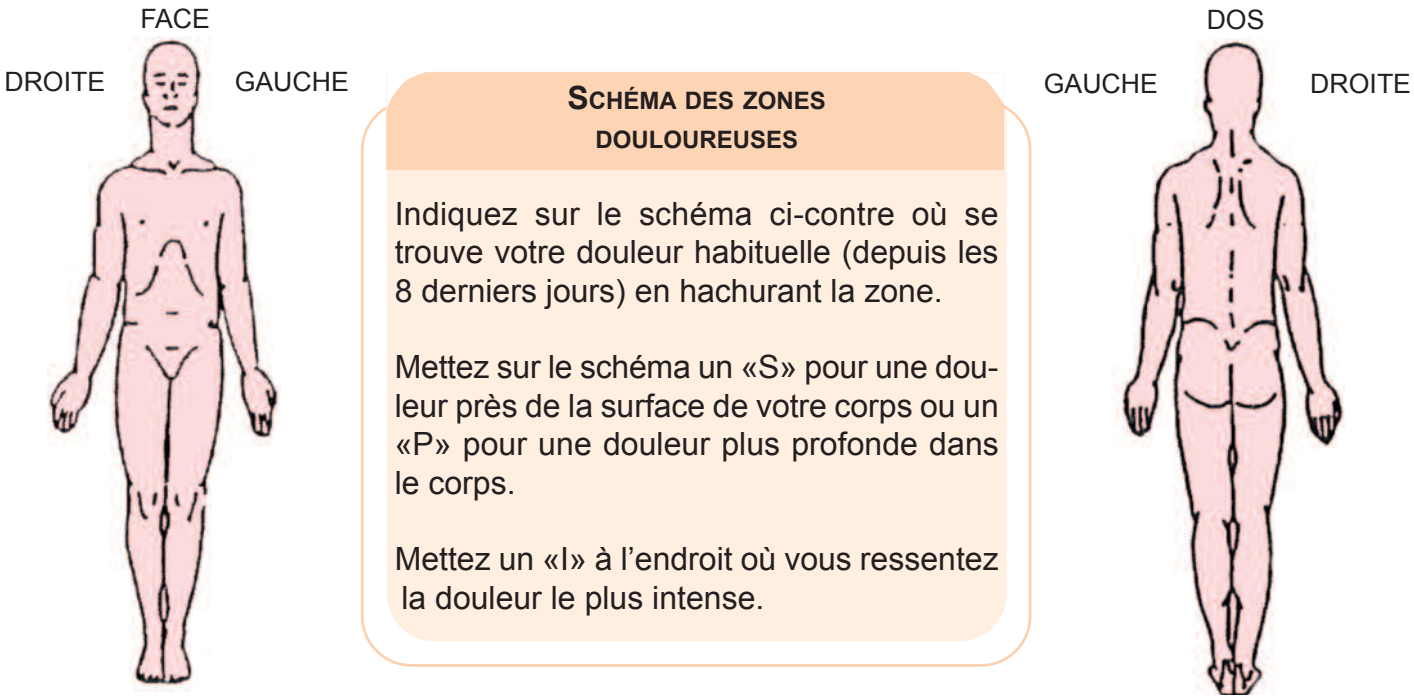


SCHÉMA DES ZONES DOULOUREUSES

Indiquez sur le schéma ci-contre où se trouve votre douleur habituelle (depuis les 8 derniers jours) en hachurant la zone.

Mettez sur le schéma un «S» pour une douleur près de la surface de votre corps ou un «P» pour une douleur plus profonde dans le corps.

Mettez un «I» à l'endroit où vous ressentez la douleur le plus intense.

Outils d'autoévaluation de la douleur chronique chez l'adulte

Un autre exemple : vous dormez profondément, il fait chaud, vous êtes peu vétu. Une mouche vous chatouille sur la peau. Les terminaisons sensitives détectent l'agression et transmettent un influx nerveux vers la moelle épinière. Le système nerveux juge l'agression faible et décide de contracter des muscles pour faire fuir l'agresseur. Tout ce processus est discret puisque vous ne vous réveillez pas et vous continuez à dormir.

Si maintenant pendant votre sommeil, un insecte vous pique ou vous mord, la douleur aigue n'est pas filtrée et vous vous réveillez. Informé, vous pouvez agir en dehors d'une réaction réflexe.

Ces mécanismes sont en place chez toute personne sans lésion du système nerveux central et périphérique.

Dans le cas de douleurs neuropathiques, il s'agit d'une lésion ou d'une irritation d'un des éléments constitutifs des voies nerveuses. C'est un dysfonctionnement qui génère des sensations anormales ressenties douloureusement en l'absence de dégât tissulaire. Il s'agit aussi de douleurs dans la durée dites chroniques.

On comprend que les médicaments pour soigner ces douleurs, qui malheureusement ne s'excluent pas, soient différents.

DES CONSÉQUENCES DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

A ces douleurs sont souvent associés des troubles du sommeil et des symptômes psychologiques comme anxiété, fatigue. Une personne fatiguée est plus sensible à la douleur.

Cette trilogie douleur, troubles du sommeil, symptômes psychologiques est un cercle vicieux, avec la fatigue comme résultante, et a un effet direct sur la vie quotidienne et la qualité de vie.

Les statistiques montrent que 88% des personnes douloureuses ont des difficultés à dormir.
L'anxiété qui résulte des douleurs conduit à la dépression. Les médecins sont amenés souvent à détecter des symptômes dépressifs et à les traiter à l'aide de médicaments anti-dépression et à organiser médicalement le sommeil.

EST-CE VRAIMENT UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE ?

L'électrophysiologie est l'étude des phénomènes électriques qui se produisent dans les cellules des organismes vivants et notamment dans les fibres musculaires et les neurones.

Elle permet de répondre à la question :
«Est-ce véritablement une douleur neuropathique ?»

On mesure les propriétés électriques à l'aide d'électrodes implantées ou non qui mesurent les courants électriques (exemple : l'électroencéphalogramme EEG).

COMMENT SOULAGER UNE DOULEUR NEUROPATHIQUE ?

Avant d'essayer de soulager une douleur chronique, l'évaluation nécessite :
- un bilan lésionnel,
- un bilan psychologique.

Le soutien psychologique

Des questionnaires et des entretiens permettent une évaluation car la douleur chronique génère des stress pathologiques chroniques.

Les performances physiologiques et psychologiques du patient s'effondrent :
- fatigue chronique,
- perte d'intérêt et du goût,
- difficulté de concentration,
- troubles de la mémoire (anxiété, irritabilité, renfermement),
- troubles du sommeil,
- modification de l'appétit,

- troubles de la libido,
- troubles neurovégétatifs,
- troubles de la relation (hostilité),
- tensions musculaires et douleurs.

La dépression est la plus fréquente des perturbations psychologiques des douleurs chroniques (30 à 80% de la population douloureuse). C'est une réaction à l'état douloureux.

Un bilan social est souvent nécessaire pour évaluer les répercussions sur la profession, les soucis financiers, la famille, l'entourage, etc...
Un soutien psychologique doit souvent être mis en place.

Les analgésiques et les antalgiques

Les analgésiques ont pour but d'éliminer la douleur car les antalgiques ne font qu'atténuer la douleur.
Les analgésiques que l'on peut se procurer sans ordonnance de médecin (en vente libre en pharmacie) ne soulagent guère la douleur neuropathique.

Nous déconseillons toute automédication car seul un médecin a les connaissances pour prescrire ces types de médicaments à effets complexes.

ANTALGIQUES	Niveau 2	Niveau 3
Ils sont moins forts que les analgésiques. Ils sont classés en 3 niveaux : Niveau 1 - anti-inflammatoires nons stéroïdiens comme l'aspirine, l'ibuprofène, la noramidopyrine - l'acétaminophène Attention au surdosage et aux effets secondaires gastriques.	- analgésiques opiacés «faibles» comme codéine, tramadol, etc... Ces analgésiques sont souvent associés aux médicaments de niveau 1 et se renforcent mutuellement. Les effets secondaires comprennent la constipation, la somnolence, les nausées, les vomissements, voire des difficultés respiratoires. A long terme, ils entraînent une dépendance physique.	- analgésiques opiacés et opioïdes forts : morphine et ses dérivés Mêmes effets secondaires et dépendance que le niveau 2.

ANALGESIQUES	2- Analgésiques centraux non morphiniques	4- Autres médicaments analgésiques
Ils ont pour but d'éliminer la douleur et sont répartis en plusieurs classes : 1- Analgésiques centraux morphiniques - Morphine et tous ses dérivés (morphine, buprénorphine, nalbuphine, sufentanil, fentanyl, etc... - Codéine hydromorphone	- tramadol - néfopam Ils agissent seuls ou associés à d'autres molécules. 3- Analgésiques périphériques - paracétamol ou acetaminophène - ibuprofène - anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dont l'aspirine	- anti-dépresseurs - neuroleptiques - benzodiazépines - anti-épileptiques - corticostéroïdes - calcitonine - MEOPA

Les médicaments agissant sur la douleur neuropathique

Plusieurs classes de médicaments ont une efficacité variable d'un patient à un autre :

- les anti-dépresseurs,
- les anti-épileptiques,
- les opiacés.

a. les anti-dépresseurs

L'efficacité des anti-dépresseurs tricycliques (AD3C) a été démontrée dans les douleurs chroniques neuropathiques. 50% des patients obtiennent un soulagement modéré à complet. Pour d'autres l'effet n'apparaît qu'au bout de plusieurs mois. Citons le Amitriptyline (laroxyl®), Imipramine (tofranil®), Chlomipramine (anoframil®), Doxépine (quitaxon®). A long terme l'effet anti douleur peut s'atténuer.

De nouveaux anti-dépresseurs arrivent sur le marché mais il manque des études sur leur efficacité réelle à court et moyen terme, d'autant que le médecin peut associer plusieurs molécules différentes dans leur action.

Ne pas oublier que ces médicaments ont des effets secondaires et des contre-indications. Citons le glaucome, des embarras protatiques, une insuffisance cardiaque. Grossesse et allaitement sont contre-indiqués.

Une intoxication entraîne des troubles de la conscience jusqu'au coma et des convulsions ainsi que des troubles cardiaques. D'autres troubles sont également recensés.

Un suivi médical régulier est indispensable et tout trouble doit être signalé au médecin mais leur liste est longue.

b. les anti-convulsants

La plupart des anti-épileptiques ont des effets sur la douleur chronique neuropathique. Citons carbamazépine (tegrétol®), phenytoine (dihydan®), valproate de sodium (depakine®), gabapentine (neurotin®) et prégabaline (lyrica®), lamotrigine (lamictal®), topiramate (epitomax®), clonazepam (rivotril®).

Les effets indésirables proportionnels à la dose comportent une somnolence, une impression vertigineuse, une sécheresse de la bouche, une asthémie, une prise de poids, des oedèmes périphériques.

c. les opiacés

Plusieurs études ont confirmé l'efficacité de divers opiacés de palier 3 (morphine, methadone, oxycodone) dans les douleurs neuropathiques périphériques.

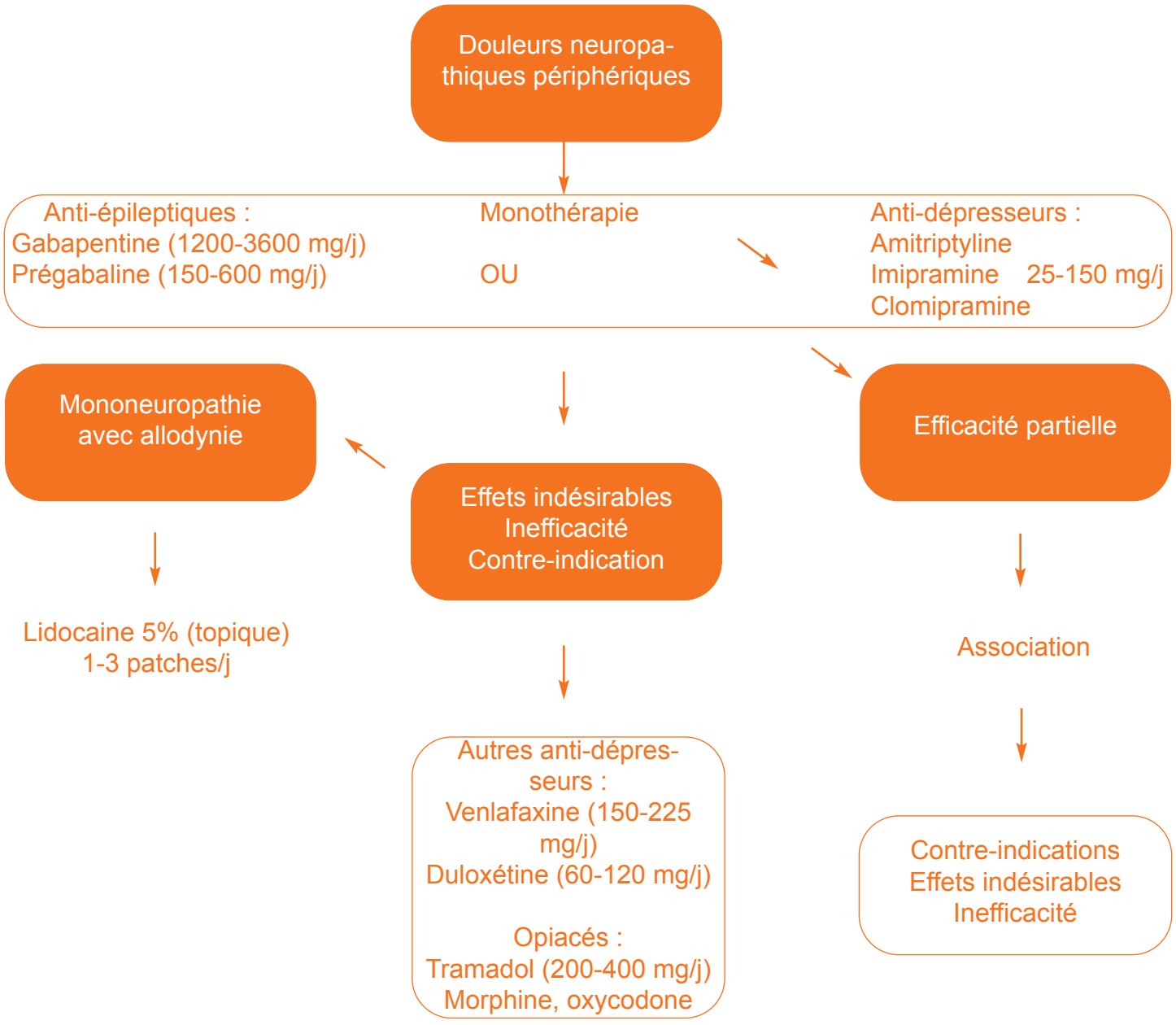
Cependant comme les autres classes de médicaments, les effets secondaires sont très nombreux.
Les effets indésirables des opiacés :

- gastro-intestinaux : constipation, nausées, vomissements.
- urinaire : rétention urinaire.
- cutanée : prurit.
- système nerveux : somnolence, hallucinations, convulstions, dépression respiratoire, allodynie/hyperalgésie.

En 2005 et 2006 des recommandations européennes ont été publiées. Le traitement en première intention doit avoir fait la preuve de son efficacité et avoir un bon rapport efficacité/tolérance.

C'est sur ces bases que l'équipe de N. ATTAL (Hôp. A. Paré, Boulogne Billancourt) a proposé un algorithme thérapeutique pour le traitement de première et seconde intention des douleurs neuropathiques, notamment périphériques (voir tableau ci-dessous).
En conclusion les associations d'analgésiques sont très souvent prescrites en cas de douleur neuropathique.

Stratégie thérapeutique dans les douleurs neuropathiques (traitement de première et seconde intention)



Prise en charge «neurochirurgicale»

Elle est envisagée en cas de douleurs neuropathiques réfractaires aux traitements médicamenteux spécifiques ou en cas d'effets secondaires indésirables prévalents, directement dépendant des traitements.

La prise en charge neurochirurgicale nécessite une étude approfondie dans tous les domaines après une sélection rigoureuse des indications. Des explorations neurophysiologiques sont également entreprises.

La neuromodulation

La neuromodulation transcutanée : TENS (Transcutaneous Electro Neuro Stimulation) est une stimulation électrique du système nerveux à travers la peau. Les égyptiens utilisaient des poissons électriques pour soulager la douleur il y a plusieurs milliers d'années.

Des électrodes sont placées près de la région douloureuse ou le long du trajet d'un nerf. Le sujet stimule électriquement en réglant l'intensité, la fréquence et la durée des pulsations qui procurent le meilleur soulagement avec un minimum d'inconfort. La neurostimulation cutanée soulage plusieurs types de douleur comme les douleurs lombaires chroniques ou les douleurs chroniques diverses.

La neurostimulation implantée, qui comporte elle-même plusieurs techniques:

- la stimulation médullaire,
- la stimulation du cortex moteur.

C'est une neurostimulation implantable. Le dispositif médical est placé sous la peau au cours d'une intervention chirurgicale qui stimule ensuite directement la moelle épinière ou les nerfs périphériques. La neurostimulation essaie de bloquer les signaux de douleur avant qu'ils n'atteignent le cerveau.

L'intervention chirurgicale comporte 3 phases

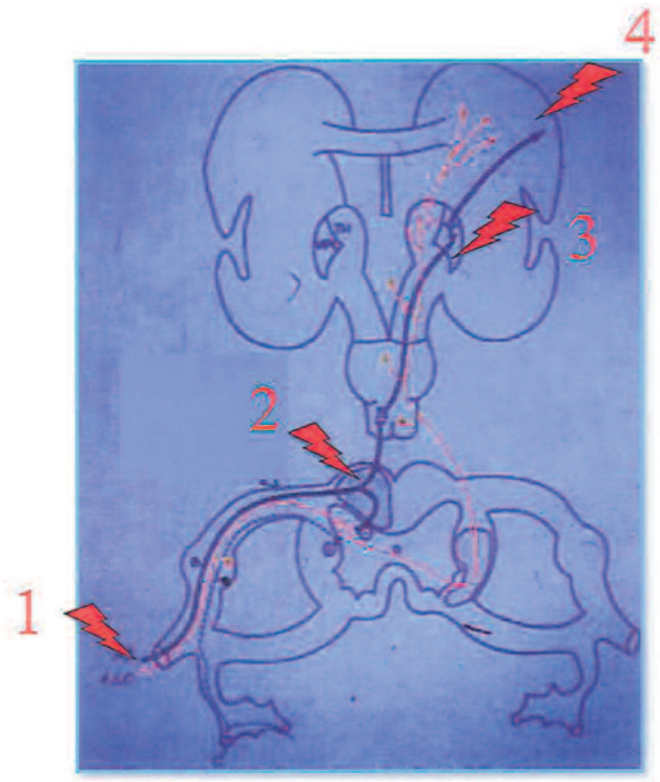
1. une phase test avec mise en place de l'électrode et connection à une source d'énergie externe. Elle permet de valider l'intérêt de la stimulation,
2. une implantation définitive,
3. un suivi régulier.

La stimulation peut diminuer les médicaments et même les supprimer.

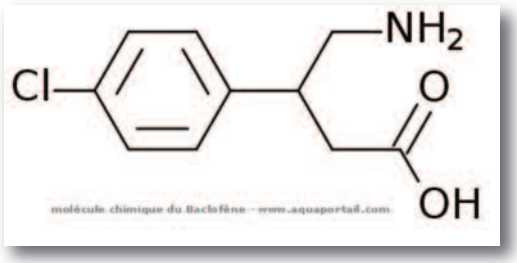
Nguyen JP, Nlzrad J, Keravel Y, Lefaucheur JP. Invasive Brain stimulation for the treatment of neuropathic pain. Nat Rev Neurol. 2011 sep 20 ; 7 (12): 699-709.

Les cibles de la neurostimulation implantée pour le traitement des douleurs neuropathiques

1. Nerf périphérique
2. Moelle spinale
3. Noyaux gris centraux
4. Cortex cérébral



D'après le Docteur Florentin CLERE, Consultation pluridisciplinaire de la douleur, CH Chateauroux



La pompe à baclofène (lioresal)

Le baclofène est un médicament myorelaxant agissant sur la moelle épinière conduisant à une relaxation des muscles squelettiques.

Il permet de réduire les contractures qui sont des réactions musculaires réflexes involontaires qui touche les mains, les bras ou les jambes et qui se traduisent par une raideur incontrôlable du membre atteint. La spasticité est issue d'une modification des réflexes musculaires et neurologiques chez les paraplégies surtout partielle.

On administre le médicament directement au niveau de la moelle (en intrathécale) selon le principe de la péridurale. Une pompe est implantée sous la peau de l'abdomen avec un réservoir empli de baclofène. Le réservoir peut être rempli régulièrement par piqûre.

L'appareil délivre des doses programmables de produit dans la moelle épinière par un catheter directement sur le site d'action.

On observe quelques effets secondaires indésirables comme sédation, somnolence, faiblesse ou douleurs musculaires, nausées, etc...

Des risques de dépendance sont observés.

Les médecines complémentaires

Elles ne relèvent pas de la médecine classique et ne sont pas toujours basées sur des preuves scientifiques. Il ne faut pas oublier l'effet placebo qui se définit comme l'effet subjectif mais bien réel qui renforce l'efficacité de tout geste thérapeutique. C'est un mécanisme psychologique d'auto-suggestion.

Des exercices physiques, un régime alimentaire approprié, des traitements de médecine douce (bains chauds, compresses froides, sophrologie, des groupes d'entraide, la méditation, la phytothérapie, l'ostéopathie, etc...) peuvent être des thérapies complémentaires avec l'assentiment du douloureux chronique.

OÙ S'ADRESSER ?

Les plans nationaux anti-douleur ont créé en France une structure spécifique: **Le Centre Anti-Douleur**.
Il a pour but de soulager les patients qui souffrent de douleurs chroniques.
S'ils ne peuvent éradiquer la douleur, les médecins vont chercher à la diminuer le plus possible en laissant une qualité de vie acceptable.
Les centres anti-douleur offrent des consultations pluridisciplinaires. Ils disposent du matériel adéquat pour mesurer la douleur et l'atténuer.
Pour vous adresser au centre anti-douleur le plus proche, consultez internet ou adressez-vous à votre médecin généraliste qui saura vous orienter.

NE JAMAIS LAISSER LA DOULEUR S'INSTALLER

Ce document a été relu et approuvé par le Docteur BOUHASSIRA, INSERM U-792, Centre de traitement et d'évaluation de la douleur, CHU Ambroise Paré, Boulogne Billancourt (92) ainsi que le Professeur Régine BRISSOT et le Docteur Micheline LOMBARD, CHU Pontchaillou, Rennes (35)

BIBLIOGRAPHIE

PAGE 5	Définitions de l'ASSOS internationale pour l'étude la douleur (d'après Merskey et Bodguk, 1994)
PAGE 6	Tableau 3 : Cruccu G., Sommer C., Anand P., Attal N., Baron R., Garcia-Larrea L., Haanpaa, M., Jensen TS., Serra J., Treede RD EFNS guidelines on neuropathic pain assessment : revised 2009. European Journal of Neurology 2012, 17 : 1010-1018 Tableau 4 : Identification spécifique de la douleur neuropathique (d'après Pascal Cintas et Nathalie Cantagrel)
PAGE 8	Questionnaire DN4 Dr Bouhassira et al. Pain 2005
PAGE 11, 12, 13	Traitements médicaux des douleurs neuropathiques Institut UPSA de la douleur, ed. 2000, pl. 125-178 ATTAL N.

LEXIQUE

ALLODYNIE : douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore.

MONONEUROPATHIE : dommage causé par un seul groupe nerveux.

RAIDEUR MUSCULAIRE : Sensation de diminution de l'élasticité d'un muscle qui va limiter sa capacité à se laisser étendre.

CRISE DE TÉTANIE : Elles se manifestent par des fourmillements (paresthésie) ou un engourdissement suivis par des contractures douloureuses des muscles et des extrémités.

CONTRACTURE : C'est une contraction musculaire au sein d'un muscle d'une durée inhabituellement longue, souvent douloureuse. La contracture peut dégénérer en tendinite, déchirure musculaire.

CRAMPE : La crampe est une contracture violente, involontaire, passagère, douloureuse, visible et palpable d'un muscle.

NOCICEPTIVE : La nociception est le processus sensoriel à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur. (Les terminaisons nerveuses à l'origine des sensations de douleur sont les **nocicepteurs**).

SPASTICITÉ : C'est un étirement rapide d'un muscle qui peut entraîner une contraction réflexe qui dure un certain temps. La spasticité peut être très douloureuse.

A.S.B.H.

B.P. 92 - 3 bis avenue Ardouin - 94420 Le Plessis Trévise

Tél. : 0800.21.21.05 *(appel gratuit depuis un poste fixe)* - Fax : 01.45.93.07.32

Email : spina-bifida@wanadoo.fr - Site : www.spina-bifida.org

VAL de MARNE Conseil général

ileDeFrance Conseil régional